

Vårdprogram för PEVA enligt Ponsetimetoden

Klumpfot kallas även Pes Ekvino Varus Adduktus(PEVA) och på engelska clubfoot. I de fall diagnosen ställs i samband med ultraljud under graviditeten remitteras vid behov den blivande modern till Ortopedkliniken för information kring den framtida behandlingen.

Tidig diagnos inkluderande information till föräldrar bör ske tidigt för att minska oro och planera för behandlingsstart inom 1-3 veckor.

För barn upp till ett års ålder fungerar det väl att redressera och byta gips var 5e dag. Men för att kunna hålla den viktiga läkarkontinuiteten under en redressionsserie blir det som regel byte med 1 veckas intervaller. De flesta fötter korrigeras på 7-9 veckors gipsbehandling.

Föräldrarna ska få skriftlig information (länk) och kan hänvisas till www.global-help.org och/eller www.ponseti.info/parents

Redressioner och gipsning sker enligt Ponsetikonceptet. (https://global-help.org/publications/books/help_clubfoottreatmentmanual.pdf).

Registrering i SPOQ (Svenskt Pediatriskt Ortopediskt Qvalitetsregister) sker av lokalt registeransvarig. Tidpunkt för återbesök och kontroller styrs till del av nationella överenskommelser (v.g. se nedan).

SPOQ

Inklusionskriterier:

Barn med medfödd klumpfot födda i Sverige och med svenskt personnummer.

Behandling påbörjad i Sverige innan 1 års ålder.

Alla fötter med denna felställning ingår, således även t.ex. de med neurologisk eller annan genes.

Exklusionskriterier:

Barn födda utomlands och/eller där behandling påbörjats utomlands.

Barn som fötts utanför Sverige och inte fått behandling, men kommer till Sverige och påbörjar behandling innan 1 års ålder ska således inte ingå, eftersom registret avser vård som ges primärt i den svenska sjukvården.

Tidpunkter för inmatning i registret och PROM-formulär:

1. Första inmatningen (diagnos och behandling) matas in senast när barnet har genomgått primär gipsbehandlingsperiod och gått över på ortosbehandling.
 2. Vid recidiv av felställning efter avslutad initial behandling sker ny inmatning ("recidivformulär") när man beslutat/utfört behandling/åtgärd.
 3. Vid 1-årskontroll utförd mellan 11,5 mån - 15 mån ålder.
 4. Vid 4-årskontroll utförd mellan 3 år 11 mån - 4 år 4 mån ålder.
 5. Vid 10-årskontroll utförd mellan 9,5 - 10,5 års ålder.
 6. Vid 18-årskontroll utförd mellan 17 - 19 års ålder.
- PROM: besvaras vid besöken vid 4, 10 och 18 års ålder.

Redressionsserie besök 1

En första redression och därefter foto (frontal, sida och från plantarsidan) och Pirani score innan gips appliceras. Pärm med blanketter på mottagningen. Se separat rutin för foto till Picsara.

Noga angivande av ev. tecken på atypisk PEVA – se bild i PEVA-pärmen.

Dokumentation av ev. annan co-morbiditet såsom: MMC, artrogrypos, neurologisk sjukdom, missbildningssyndrom, övrigt.

Planera tider för fem veckors redressionsbehandlingar.

Remiss till Team Olmed dikteras.

SPOQ registrering handläggs av lokalt ansvarig (journalkopia FK).

Jämför redression och gipsning med en operation = noggrannhet och precision är ett måste!

Barnet ska vara välmatat, lugnt och omgivningen ska vara tyst och lugn, ev. lite lugn musik.

Inga telefon samtal!

Vid behov ge glukoslösning p.o.

Redressionsserie besök 2 och framåt

Veckovis redression och gipsning enligt Ponseti.

Målsättning med redressionerna är att korrigera foten till:

1. adekvat abduktion (60° i relation till tibia).
2. hälen står neutral eller i lätt valgus.
3. dorsalextensionen är nära noll($0-50^\circ$).

När foten bedöms korrigerad kan man utföra akillotenotomin.

Vid $> 15^\circ$ dorsalextension avstår man tenotomin.

Akillotenotomi

När foten är redresserad enl punkterna ovan sker akillotenotomi på mottagningen.

Förberedelse:

1. Avgipsning och bad samma dag.
2. EMLA över hälsenan, läkare ritar ut senans förlopp och tenotominivå (ca 1-1,5 cm ovan infästningen) innan lokalbedövning (1-1,5ml Carbocain 5mg/ml med adrenalin - buffrad) läggs. Obs! Nyblandad lokalbedövning SKALL vara färdig max 20 minuter innan den läggs!
3. Tenotomin ger $15-20^\circ$ (vid artrogrypos $5-10^\circ$).
4. Håll kompression 4-5 min.
5. Gipsning i korrigerat läge. Gipstid tre veckor med byte efter 5-7 dgr för att se om ytterligare korrektion kan erhållas.

Vid redression och gipsning av PEVA kommer man under en period till ett läge med max spetsfot och foten pekande rakt fram. Trots att man har 90 graders vinkel i knät är då risken att gipset glider, med risk för skav som följd. Föräldrarna uppmanas då

att åka in till närmaste sjukhus för att ta bort gipsen. Ingen ny gips ska göras, utan det görs på ortopedmottagningen Ryhov närmaste vardag, föräldrarna vet detta och kontaktar själva ortopedmottagningen.

Instruktion för avtagning av PEVAgips (klumpfotsbehandling)

Vid redression och gipsning av PEVA kommer man under en period till ett läge med max spetsfot och foten pekande rakt fram. Trots att man har 90 graders vinkel i knät finns då en risk att gipset glider, med risk för skav som följd. Föräldrarna uppmanas då att åka in till närmaste sjukhus för att ta bort gipsen. Ingen ny gips ska göras, utan det görs på ortopedmottagningen Ryhov närmaste vardag, föräldrarna vet detta och kontaktar själva ortopedmottagningen.

Om man gör det sällan kan det givetvis kännas osäkert hur man ska göra, varför denna instruktion nu gjorts.



Såga med oscillerande vibrerande gipssåg enl linjerna på bilden (dessa finns inte på gipsarna i vanliga fall) Efter sågning 1 och 2 kan man lätt bryta upp över låret för hand. Sedan sågas linje 3 och gipset lyfts av.

(I Jönköping kan man hämta den tystare gipssågen på ortmott, men glöm inte att ställa tillbaka den.)

Efter avslutad gipsbehandling

1. Avgipsning och läkarkontroll.
2. Ny Pirani-score.
3. Rapportera till SPOQ.
4. Foto till Picsara.
5. Sambokning av besök med ortopedingenjör för leverans av abduktionsortos (sko&skena).

Ortosbehandlingen

Påbörjas direkt i samband med sista avgipsningen.

För närvarande används C-pro direct inställd med 60° abduktion på behandlade sidan och 30° abduktion på friska sidan.

Skenan med skulderbredd.

Jourhavande ortopedingenjör provar ut dessa på ortopedmottagningen.

Uppföljningstid på OTA bokas efter 1 vecka hos erfaren ortopedingenjör i PEVA teamet.

Vid acceptansproblem av ortosbehandlingen:

1. Justering av Ponsetiskenan
 - a. bredda skenan, justera passform i skon
 - b. testa ”snällare” vinklar (följ upp inom 2-3 veckor. Om OK ändra till ursprungsvinklar – annars kontakta ortoped)
2. Ponsetiskenan med ledad bar (sker i samråd med ortoped)
3. KAFO (sker i samråd med ortoped)
4. AFO-kommer ej åt rotationen (sker i samråd med ortoped)

Användningstid

Ortosen används dygnet runt i 3 månader 23h/dygn.

Därefter nattetid och vid sovstunder dagtid till 9 månaders ålder.

Slutligen från 9 månaders ålder nattetid till 5 års ålder.

Syftet är att förebygga recidiv.

Om man avbryter ortosanvändande vid 3 år är det cirka 30% återfall, 4 år cirka 15% återfall, 5 år cirka 5% återfall.

Återbesöksrutin efter primär behandling

1. 4-6 veckor Sambesök med patient, ortopedingenjör och ortoped. Ortopeden kallar till denna träff
2. Åb 3 mån intervall till 1-1,5 års ålder
3. Åb 6-8 mån intervall till 5 årsålder (ev. 12 månader sista året innan 5 år)
4. Åb 6-12 månader intervall efter avslutad ortosbehandling.
5. Åb med kontroll enligt SPOQ vid: 4, 10 och 18 års ålder. Lägg in bevakning för samtliga dessa direkt vid påbörjande av behandling med redression + gips
6. Slutkontroll enl SPOQ vid 18 års ålder.

Vad gör ortopedingenjören?

Ansvarar för utprovning och uppföljning av behandlingen med sko och skena.

Inledningsvis via återbesök inom 1-2 veckor efter behandlingsstart sedan vid behov eller i samband med övriga läkarbesök. Familjen ska i första hand kunna vända sig till Team Olmed för råd och justeringar. Återkopplar eventuella problem till behandlande läkare samt när gångdebut närmar sig och skoförsörjning är aktuell.

Uppföljningsintervall på Team Olmed (1v, 1mån, 3mån, 6 mån, 9 mån, 12 mån – därefter vid behov på föräldrarnas initiativ).

Vid gångdebut – Team Olmed ger råd om stabila skor. AV-skor förskrivs inte rutinmässigt utan endast vid behov.

Ortopedläkaren

Dokumenterar ev. recidiv, byte av ortostyp och operationer.

Första signalen på återfall är minskande dorsalflektion, när akillessenan börjar bli tigt och kort. Samtidigt blir det vanligen problem med sko/skena.

Tecken på återfall hos gående barn:

1. ökande supination i svingfas
2. ökande framfots adduktion i kombination med minskande dorsalextension på sträck knä < 10 grader dorsalextension = recidiv

Vid recidiv oavsett ålder påbörjas i första hand ny gipsbehandling och redression.

Om recidiv < 2 år: gipsbehandling, därefter skobehandling igen

Om recidiv > 2 år: som ovan. Om ej förbättring, rtg och ev Tibialis anterior transfer (3-4års ålder). När ortosen avvecklas tas foto på nytt och ny Pirani-score dokumenteras.

Om dokumentet

- Ansvarig för dokumentet: Docent Piotr Michno
- Fastställt: 2017-01-20
- Uppdaterat: 2024-10-24